



Artigo de Investigação
Mestrado Integrado em Medicina

**PREVALÊNCIA DE SÍNDROME DE *BURNOUT* EM MÉDICOS DE
FAMÍLIA DA SECÇÃO REGIONAL NORTE DA ORDEM DOS
MÉDICOS**

Carlos Daniel Costa Reis

Orientador:

Dr.^a. Mónica Granja

Porto, 19 de Maio de 2017

RESUMO

Introdução: Os médicos de família são os profissionais de saúde que realizam o primeiro contacto entre os pacientes e o sistema de saúde, tendo uma interacção contínua e mais próxima com os pacientes, a qual pode desencadear quadros de ansiedade e medo. Os sentimentos negativos potenciam a exaustão física e mental que poderá conduzir a um estado de *Burnout*. A conjuntura portuguesa actual apresenta factores que poderão potenciar o aumento da prevalência de síndrome de *Burnout* nos médicos de família. Este estudo procura uma reavaliação da prevalência de síndrome de *Burnout* nos médicos de família da Secção Regional Norte da Ordem dos Médicos.

Métodos: Estudo transversal em forma de censo nos médicos de família inscritos na Secção Regional Norte da Ordem dos Médicos através de um questionário *online* onde se incluíam dados demográficos e profissionais e o *Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey*, validado para português.

Resultados: A prevalência de *Burnout* encontrada nos médicos de família foi de 17,0%. Constatou-se uma associação da despersonalização com indivíduos com menos de 45 anos e com o sexo masculino, assim como uma associação da síndrome de *Burnout* com indivíduos com menos de 45 anos ou com menos de 20 anos de actividade como médico de família.

Discussão: A prevalência da síndrome de *Burnout* foi até quatro vezes maior que os valores obtidos em estudos similares. As associações encontradas são concordantes com anteriores estudos similares com excepção da associação da idade com a dimensão de despersonalização. O estudo apresentou uma baixa proporção de resposta comparada a estudos semelhantes, podendo apresentar um viés de resposta.

Conclusão: A conjuntura actual portuguesa poderá ter conduzido ao aumento da prevalência da síndrome de *Burnout* nos médicos de família.

Palavras-chave: Prevalência; Stress Psicológico; *Burnout* Profissional; Médicos de Família; Portugal

ABSTRACT

Introduction: Family physicians are health professionals who make the first contact between patients and the health system, having a continuous and close interaction with the patients, which can trigger anxiety and fear. Negative feelings enhance physical and mental exhaustion that could lead to Burnout. The current Portuguese conjuncture presents factors that could increase the prevalence of Burnout syndrome in family physicians. This study seeks a reevaluation of the prevalence of Burnout syndrome in family physicians of the Northern Region of the Medical Association. **Methods:** A cross-sectional study was carried in family physicians enrolled in the Northern Regional Section of the physicians' Order through an online questionnaire that included demographic and professional data and the Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey, validated in Portuguese. **Results:** The prevalence of Burnout found in family physicians was 17.0%. Depersonalization was associated with individuals younger than 45 years old and with males, as well Burnout syndrome was associated with individuals under 45 years of age or with less than 20 years of family physician activity. **Discussion:** The prevalence of Burnout syndrome was four times higher than the values obtained in similar studies. The associations found are consistent with previous similar studies with the exception of the association of age with the depersonalization. The study presented a low proportion of response compared to similar studies and may present a response bias. **Conclusion:** The current portuguese situation may have led to an increase in the prevalence of Burnout syndrome in family physicians.

Keywords: Prevalence; Stress, Psychological; Burnout, Professional; Physicians, Family; Portugal.

INTRODUÇÃO

Os médicos de família (MF) são profissionais de saúde qualificados que, em Portugal, realizam o primeiro contacto dos pacientes com o sistema de saúde, independentemente das características dos mesmos, segundo a Definição Europeia de Medicina Familiar. São responsáveis por estabelecer a ponte entre as diversas especialidades e assistir o paciente nas suas vertentes física, psicológica e social.¹

A interacção contínua e mais próxima dos MF com o paciente tem impacto sobre os profissionais de saúde. Este impacto é maior nos quadros de mau prognóstico, morte, maior exigência por parte do paciente, medo, ansiedade, raiva e frustração com pacientes difíceis.^{2,3}

A persistência destas adversidades é potenciadora de exaustão e de *distress* físico e psicológico nos MF, que poderão conduzir a um estado de *Burnout*.⁴ A síndrome de *Burnout* define-se como uma resposta prolongada a factores de *stress* emocionais e interpessoais no trabalho e no seu estudo foram identificadas três dimensões: exaustão emocional (EE), despersonalização (DP) e realização profissional (RP).⁵

O método mais utilizado para quantificar a síndrome de *Burnout* é o *Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey* (MBI-HSS), constituído por 22 questões cotadas de 0 a 6, das quais 9 questões são referentes à EE, 5 à DP e 8 à RP.⁶ Para cada dimensão foram criados pontos de corte para definir as categorias “baixa”, “intermédia” e “alta”. Para cada dimensão, foram estabelecidos os pontos de corte indicados na tabela 1.⁷

Tabela 1: Caracterização dos graus de exaustão emocional, despersonalização e realização profissional

Grau	Exaustão emocional	Despersonalização	Realização profissional
baixa	≤ 13	≤ 5	≤ 33
intermédia	14-26	6-9	34-39
alta	≥ 27	≥ 10	≥ 40

A existência de síndrome de *Burnout* pode ser definida por EE e DP altas e RP baixa.^{8,9}

Em 2012 foi publicado um estudo que detectou uma prevalência da síndrome de *Burnout*, segundo a anterior definição, de 4,1% nos MF em Portugal.¹⁰

Um outro estudo publicado em 2008, realizado em MF de 12 países europeus (não incluindo Portugal) e usando o mesmo questionário, encontrou valores de síndrome de *Burnout* de 12,0%.⁷

A conjuntura actual de Portugal inclui alguns factores potenciadores da síndrome de *Burnout* nos MF, destacando-se a crise socioeconómica em curso desde 2011, a aposentação antecipada de

muitos MF com consequente contratação de novos MF e o aumento da lista de pacientes destes MF mais novos.

A crise socioeconómica em Portugal teve um impacto negativo sobre a saúde dos pacientes e, consequentemente, sobre a dos clínicos devido: ao aumento da procura dos cuidados de saúde, ao incumprimento terapêutico, devido à incapacidade dos pacientes em suportar os custos dos medicamentos;^{11,12} ao aumento da mortalidade na população idosa; ao aumento das taxas de suicídio;^{13,14} aumento da incidência de doenças infecciosas;¹³ ao aumento de patologias de distúrbios de humor e ansiedade.^{13,14}

A distribuição etária dos médicos alterou-se com a aposentação dos médicos mais velhos, que ocupam uma grande percentagem da população médica, e com a contratação de jovens especialistas.¹⁵ Alguns estudos sugerem que, quanto menor a idade do profissional, maior a probabilidade para desenvolver síndrome de *Burnout*, podendo ser uma explicação para o aumento da sua prevalência nos MF.⁵

No dia 31 de Dezembro de 2012 entrou em vigor o decreto-lei relativo ao aumento de número de pacientes por MF de 1550 para 1900.¹⁶

Este estudo visa reavaliar, num novo contexto social e profissional, o *Burnout* nos MF portugueses. Concretamente, os objectivos do estudo são:

1. Determinar a prevalência da síndrome de *Burnout*, correspondente às categorias “alta” de EE e DP e “baixa” de RP, nos MF inscritos na Secção Regional Norte da Ordem dos Médicos (SRNOM);
2. Verificar a existência de associações entre a síndrome de *Burnout*, assim como das suas dimensões, e:
 - a) Variáveis demográficas: género, idade, estado civil e existência de filhos
 - b) Variáveis profissionais: anos de actividade profissional, tipo de unidade em que trabalha, carga horária, tempo de contacto com pacientes, número de pacientes da lista e número de colegas MF na mesma unidade.

Enunciam-se as seguintes hipóteses nulas:

A síndrome de *Burnout* nos MF não está associada à idade, género, estado civil, existência de filhos, anos de actividade profissional (desde obtenção de título de especialista), tipo de unidade em que trabalha, carga horária semanal contratual total, número médio de horas diárias de contacto presencial com pacientes, número de pacientes da lista ou número de colegas MF na unidade.

MÉTODOS

Esta investigação trata-se de um estudo transversal em forma de censo sobre os MF inscritos na SRNOM, que decorreu entre 11 de Novembro de 2016 e 5 de Dezembro de 2016. A SRNOM autorizou, para a realização do estudo, a contagem dos MF da população e a intermediação do acesso aos MF por correio electrónico.

Foi enviado no dia 11 de Novembro de 2016 aos 1976 MF inscritos na SRNOM um formulário *online* de resposta anónima, constituído por um questionário sobre dados demográficos e profissionais e o MBI-HSS, validado para Portugal.⁶

Foram excluídos, através da resposta obtida a questões iniciais do formulário enviado, os MF que trabalham exclusivamente em meio hospitalar, em unidades de convalescença ou no sector privado. Os MF que se encontram a realizar a formação específica, reformados ou sem exercer funções clínicas há mais de um mês (por motivo de doença ou por licença) foram também excluídos do estudo.

Nos dados demográficos constavam o género, a idade, o estado civil e a existência de filhos.

Nos dados profissionais constavam os anos de actividade profissional como MF, o tipo de unidade em que trabalha, a carga horária contratual semanal, o número médio de horas diárias de contacto com pacientes e o número de colegas MF na mesma unidade. Também foi incluído o número de pacientes da lista do MF. A descrição e operacionalização das variáveis em estudo encontra-se na tabela 2.

Quanto ao questionário MBI-HSS, as pontuações obtidas para cada dimensão foram transformadas em variáveis categóricas “baixa”, “intermédia” e “alta” segundo os pontos de corte já referidos. Posteriormente, as dimensões EE e DP foram recodificadas em variáveis categóricas, “alta” e “não alta”, e RP em “baixa” e “não baixa” para análise estatística.

Todos os itens do MBI-HSS eram de preenchimento obrigatório para a efectiva submissão do formulário *online*.

Para maximizar a taxa de resposta, foram enviados 2 lembretes para preenchimento do formulário. Para manter o anonimato e simultaneamente evitar respostas em duplicado, os lembretes foram emitidos num curto espaço de tempo, ao 10º e ao 18º dia depois do primeiro envio (dias 21 e 29 de Novembro de 2016), e pedindo explicitamente que não voltasse a responder quem já tinha respondido.

Existem MF da área da SRNOM que não se encontram inscritos no Colégio de Especialidade, não sendo considerados como MF pela SRNOM (nem por nenhuma outra secção regional da Ordem dos Médicos). Estes MF não foram incluídos no estudo.

Tabela 2: Operacionalização das variáveis demográficas e profissionais

Variáveis	
Demográficas	
Género	Masculino Feminino
Idade*	≤45 >45
Estado civil	Solteiro Casado/União de facto Divorciado Viúvo
Existência de filhos	Sim Não
Profissionais	
Anos de actividade profissional (desde obtenção de título de especialista)*	≤20 >20
Tipo de unidade em que trabalha	Unidade de Saúde Familiar Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
Carga horária contratual semanal total	≤ 35 36 a 40 ≥ 41
Nº médio de horas diárias de contacto presencial com pacientes	≤ 5 6 a 8 ≥ 9
Nº de pacientes da lista	≤ 1000 1001 a 1500 1501 a 1750 1751 a 2000 ≥ 2001
Nº de colegas médicos de família na mesma unidade*	≤6 >6

Nota: * - variáveis categóricas obtidas através da transformação das respectivas variáveis contínuas.

Os dados colhidos foram exportados para um ficheiro informático de Excel e convertidos para o IBM® SPSS® *Statistics* v23, onde foi realizada a análise estatística.

As variáveis idade, anos de actividade profissional e número de colegas MF, colhidas como contínuas, foram convertidas em variáveis categóricas, cuja operacionalização se encontra descrita na tabela 2, para melhor comparação com outros estudos.¹⁰

Foi usada a estatística descritiva para descrever as características dos MF através de tabelas de frequência. Será calculada a frequência dos vários graus (alto, intermédio e baixo) de cada dimensão e respectivos intervalos de confiança a 95%, assim como a prevalência da síndrome de *Burnout* e o respectivo intervalo de confiança a 95%.

Para explorar a associação das variáveis com o EE alta, DP alta, RP baixa e síndrome de *Burnout* grau foi utilizado o teste χ^2 para as variáveis dicotómicas e tendência linear χ^2 para as ordinais, a um p value de 0,05.

Os testes a usar na análise das associações entre variáveis encontram-se descritos na tabela 3.

O protocolo do estudo foi aprovado pela comissão de ética da ARS Norte.

Tabela 3: Métodos de análise estatística a usar no cruzamento de variáveis.

Variáveis	Exaustão emocional alta	Despersonalização alta	Realização profissional baixa	Síndrome de Burnout
Género	χ^2	χ^2	χ^2	χ^2
Idade	χ^2	χ^2	χ^2	χ^2
Estado civil	χ^2	χ^2	χ^2	χ^2
Existência de filhos	χ^2	χ^2	χ^2	χ^2
Anos de actividade profissional (desde obtenção de título de especialista)	χ^2	χ^2	χ^2	χ^2
Tipo de unidade em que trabalha	χ^2	χ^2	χ^2	χ^2
Carga horária contratual semanal total	χ^2 for trend	χ^2 for trend	χ^2 for trend	χ^2 for trend
Nº médio de horas diárias de contacto presencial com pacientes	χ^2 for trend	χ^2 for trend	χ^2 for trend	χ^2 for trend
Nº de pacientes da lista	χ^2 for trend	χ^2 for trend	χ^2 for trend	χ^2 for trend
Nº de colegas médicos de família na mesma unidade	χ^2	χ^2	χ^2	χ^2

RESULTADOS

Dos 1976 indivíduos para os quais for enviado o formulário *online* obteve-se 450 respostas (22,8%), tendo sido incluídos no estudo 359 médicos de família. Na figura 1 encontra-se apresentado o fluxograma da amostragem do estudo.

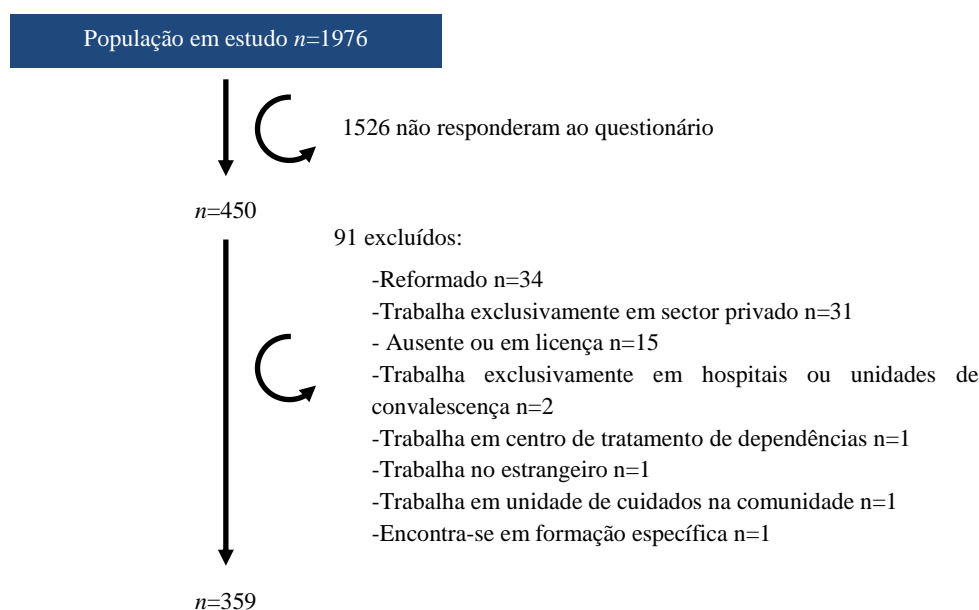


Figura 1: Fluxograma da amostragem

Na tabela 4 são apresentadas as características dos participantes.

Tabela 4: Características demográficas e profissionais dos participantes (n = 359)

Variáveis (nº respostas obtidas)		n(%)
Género (n = 354)	Feminino	227 (64,1)
Estado civil (n = 356)	Solteiro(a)	46 (12,9)
	Casado(a)/União de facto	263 (73,9)
	Divorciado(a)	42 (11,8)
	Viúvo(a)	5 (1,4)
Idade (n = 347)	>45	209 (60,2)
Existência de filhos (n = 356)	Sim	286 (80,3)
Anos de actividade profissional (desde obtenção de título de especialista) (n = 354)	≤20	181 (51,1)
Tipo de unidade em que trabalha (n = 353)	USF	281 (79,6)
	UCSP	72 (20,4)
Carga horária semanal contratual total (n = 354)	≤ 35	92 (26,0)
	36 a 40	150 (42,4)
	≥ 41	112 (31,6)
Nº de horas médias por dia de contacto presencial com pacientes (n = 357)	≤ 5	6 (1,7)
	6 a 8	290 (81,2)
	≥ 9	61 (17,1)
Nº de pacientes da lista (n = 358)	≤ 1000	3 (0,8)
	1001 a 1500	13 (3,6)
	1501 a 1750	95 (26,5)
	1751 a 2000	225 (62,8)
	≥ 2001	22 (6,1)
Nº de colegas médicos de família na mesma unidade (n = 358)	≤6	211 (58,9)

Legenda: USF - Unidade de Saúde Familiar; UCSP - Unidade de Cuidados Saúde Personalizados.

As frequências das três categorias de cada dimensão da síndrome de *Burnout* encontram-se na tabela 5.

Tabela 5: Distribuição dos participantes pelas categorias de cada dimensão da síndrome de *Burnout* (n= 359)

	Exaustão emocional	% (IC 95%)	Despersonalização	% (IC 95%)	Realização profissional	% (IC 95%)
Alta	237	66,0 (61,1-70,9)	164	45,7 (40,5-50,9)	173	28,4 (23,7-33,1)
Intermédia	81	22,6 (18,2-26,9)	66	18,4 (14,4-22,4)	84	23,4 (19,0-27,8)
Baixa	41	11,4 (8,1-14,7)	129	35,9 (30,9-40,9)	102	48,2 (43,0-53,4)

Resultados apresentados como frequências, percentagens (Intervalo de confiança a 95%)

A prevalência da síndrome de *Burnout* [exaustão emocional (EE) e despersonalização (DP) altas e realização profissional (RP) baixa] foi de 17,0% (com intervalo de confiança a 95% de 13,1% a 20,9%).

A figura 2 representa os indivíduos afectados por EE alta, DP alta e/ou RP baixa isoladamente ou em combinação.

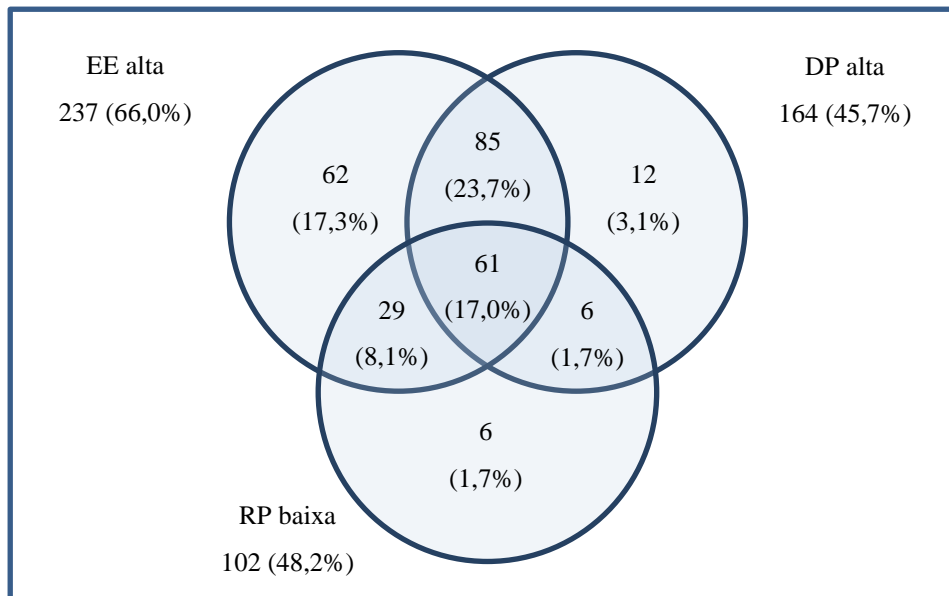


Figura 2: Diagrama de Venn da distribuição dos participantes pela exaustão emocional (EE) alta, despersonalização (DP) alta e/ou realização profissional (RP) baixa

A associação entre as variáveis demográficas e profissionais e a síndrome de *Burnout* e cada uma das suas dimensões encontra-se descrita na tabela 6.

No presente estudo constou-se que a despersonalização alta foi significativamente mais frequente nos indivíduos com menos de 45 anos e nos indivíduos do sexo masculino. A prevalência da síndrome de *Burnout* foi significativamente maior nos indivíduos com menos de 45 anos de idade e nos indivíduos com menos de 20 anos de actividade como médico de família.

Tabela 6: Associações entre as variáveis do questionário e a síndrome de *Burnout* e respectivas três dimensões usando o teste de χ^2 (p value = 0,05)

Variáveis		EE alta % (IC a 95%)	DP alta % (IC a 95%)	RP baixa % (IC a 95%)	Síndrome de <i>Burnout</i> % (IC a 95%)
Género	Masculino	62,2 (53,7-70,8)	53,5 (44,8-62,3)	26,8 (19,0-34,6)	16,5 (10,0-23,1)
	Feminino	67,8 (61,7-74,0)	41,9 (33,0-46,4)	30,0 (20,3-32,3)	17,6 (12,6-22,6)
	p value	0,284	0,034	0,526	0,795
Idade	≤ 45	68,1 (60,2-76,0)	52,9 (44,5-61,3)	32,6 (24,7-40,5)	22,5 (15,4-29,5)
	> 45	64,1 (57,6-70,7)	39,7 (34,6-47,7)	256,3 (20,0-31,6)	13,4 (8,7 -18,1)
	p value	0,442	0,016	0,205	0,028
Estado civil	Solteiro(a)	76,1 (63,3-88,9)	56,5 (41,6-71,4)	32,6 (18,5-46,7)	19,6 (7,7-31,5)
	Casado(a)/ União de Facto	63,9 (58,0-69,7)	43,7 (37,7-49,8)	27,4 (22,0-32,8)	17,5 (12,9-22,1)
	Divorciado(a)	66,7 (51,8-81,5)	45,2 (29,5-60,9)	28,6 (14,3-42,8)	7,1 (-1,0-15,3)
	Viúvo(a)	60,0 (-8,0-128,0)	20,0 (-35,5-75,5)	20,0 (-35,5-75,5)	20,0 (-35,5-75,5)
	p value	0,444	0,273	0,874	0,362
Existência de filhos	Sim	65,7 (60,2-71,2)	46,2 (40,3-52,0)	27,6 (22,4-32,8)	17,8 (13,4-22,3)
	Não	68,6 (57,4-79,7)	44,3 (32,4-56,2)	32,9 (21,6-44,1)	14,3 (5,9-22,7)
	p value	0,653	0,779	0,385	0,480
Anos de actividade profissional (desde obtenção de título de especialista)	≤ 20	69,1 (62,3-75,9)	49,2 (41,8-56,5)	32,0 (25,2-38,9)	21,5 (15,5-27,6)
	> 20	63,0 (55,7-70,3)	41,6 (34,2-49,0)	24,9 (18,4-31,4)	12,1 (7,2-17,1)
	p value	0,229	0,154	0,134	0,018
Tipo de unidade em que trabalha	USF	64,1 (58,4-69,7)	45,6 (39,7-51,4)	27,0 (21,8-32,3)	17,1 (12,7-21,5)
	UCSP	75,0 (64,8-85,2)	47,2 (35,4-59,0)	36,1 (24,7-47,5)	18,1 (9,0-27,2)
	p value	0,080	0,800	0,130	0,845
Carga horária contratual semanal total	≤ 35	57,6 (47,3-67,9)	44,6 (34,2-54,9)	25,0 (16,0-34,0)	15,2 (7,7-22,7)
	36 a 40	70,0 (62,6-77,4)	50,0 (41,9-58,1)	28,7 (21,3-36,0)	18,7 (12,4-25,0)
	≥ 41	66,1 (57,2-75,0)	39,3 (30,1-48,5)	29,5 (20,9-38,0)	15,2 (8,4-21,9)
	p value	0,244	0,395	0,491	0,950
Nº médio de horas diárias de contacto presencial com pacientes	≤ 5	50,0 (-7,5-107,5)	50,0 (-7,5-107,5)	16,7 (-26,2-59,5)	0,0
	6 a 8	65,9 (60,4-71,4)	46,2 (40,4-52,0)	28,6 (23,4-33,9)	17,2 (12,9-21,6)
	≥ 9	67,2 (55,1-79,3)	42,6 (29,9-55,4)	27,9 (16,3-39,4)	18,0 (8,1-28,0)
	p value	0,621	0,580	0,899	0,578
Nº de pacientes da lista	≤ 1000	0,0	0,0	0,0	0,0
	1001 a 1500	53,8 (22,5-85,2)	38,5 (7,9-69,1)	46,2 (14,8-77,5)	23,1 (-3,4-49,6)
	1501 a 1750	66,3 (56,6-76,0)	42,1 (32,0-52,2)	29,5 (20,1-38,8)	14,7 (7,5-22,0)
	1751 a 2000	68,0 (61,9-74,1)	47,1 (40,5-53,7)	28,4 (22,5-34,4)	17,8 (12,7-22,8)
	≥ 2001	59,1 (36,8-81,4)	54,5 (31,9-77,1)	18,2 (0,7-35,7)	18,2 (0,7-35,7)
	p value	0,236	0,080	0,365	0,618
Nº de colegas médicos de família na mesma unidade	≤ 6	66,4 (59,9-72,8)	43,1 (36,4-49,9)	31,3 (25,0-37,6)	16,6 (11,5-21,6)
	> 6	65,3 (57,5-73,1)	49,0 (40,8-57,2)	24,5 (17,5-31,5)	17,7 (11,4-23,9)
	p value	0,837	0,274	0,161	0,785

Legenda: USF - Unidade de Saúde Familiar; UCSP - Unidade de Cuidados Saúde Personalizados.

DISCUSSÃO

No presente estudo constou-se que a prevalência da síndrome de *Burnout* foi quatro vezes maior que o valor obtido num estudo português similar publicado em 2012, segundo a mesma definição para a síndrome de *Burnout* (exaustão emocional (EE) e despersonalização (DP) altas e realização profissional (RP) baixa). Em relação a cada uma das dimensões, comparativamente ao estudo publicado de 2012, a EE alta, a DP alta e a RP baixa foram, respectivamente, 2,6, 2,8 e 2,9 vezes maiores.¹⁰ Um outro estudo publicado em 2016, realizado no Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Pinhal Litoral, apresentou uma prevalência de síndrome de *Burnout* também inferior ao presente estudo.¹⁷ Comparativamente aos valores encontrados num estudo europeu (em que Portugal não participou), o presente estudo apresentou uma prevalência superior, contudo a diferença foi menos discrepante.⁷ A comparação dos dados obtidos com os outros estudos encontram-se descritos na tabela 7.

Tabela 7: Comparação da prevalência da síndrome de *Burnout* nos médicos de família e suas dimensões entre estudos similares em Portugal e Europa.^{7,10,17}

	Local de estudo	% respostas	n válido	% EE alta	% DP alta	% RP baixa	% Síndrome de <i>Burnout</i>
Soler et al. 2008	Europa	40,8*	1393	43,0	35,3	39,5	12,0
Marcelino et al. 2012	Portugal	41,2	150	25,3	16,2	16,7	4,1
Mata et al. 2016	Portugal	60,1	83	47,0	33,7	21,7	7,2
Presente estudo	Portugal	22,7	359	66,0	45,7	48,2	17,0

Nota: * - Dependendo do país, a percentagem de respostas variou de 22,4% a 63,9%.

Legenda: EE – exaustão profissional; DP – despersonalização; RP – realização pessoal

Em relação a factores associados à síndrome de *Burnout* e suas dimensões, demonstrou-se que os MF do sexo masculino têm níveis de despersonalização significativamente mais altos do que as mulheres, à semelhança do estudo europeu e do estudo português publicado em 2012.^{7,10} Segundo Maslach (2001), os homens são mais afectados na dimensão da despersonalização por apresentarem atitude mais cínica face ao *stress*, ou seja, manifestam indiferença e desvalorização sobre os problemas encontrados no dia-a-dia da sua profissão, perpetuando o meio nocivo e conduzindo à síndrome.⁵

A faixa etária com menos de 45 anos apresentou significativamente maior prevalência de despersonalização alta e síndrome de *Burnout*, à semelhança do estudo português publicado em 2016 mas em oposição ao estudo português publicado em 2012, que não demonstrou ser significativamente diferente.^{10,17} No estudo europeu também foi descrita uma maior prevalência da

síndrome nas faixas etárias mais novas.⁷ A associação entre os indivíduos mais jovens com a síndrome é controversa entre os diversos autores, contudo, segundo uma metanálise realizada em 2004, a anterior associação é significativa apesar de pequena e poderá estar relacionada com o facto de que indivíduos mais jovens têm menores capacidades de lidar com o *stress* e consequentemente serem mais susceptíveis à síndrome.¹⁸ Outra explicação plausível será o facto de MF mais jovens apresentarem listas de pacientes maiores e consequentemente uma sobrecarga de trabalho associada a maior stress, predispondo à síndrome, apesar de não ter sido encontrada no estudo uma associação significativa entre o número de pacientes da lista e a síndrome de *Burnout*.

Também foi encontrada uma associação significativa entre os anos de actividade como MF inferior a 20 com a síndrome de *Burnout*. Tal achado poderá resultar da idade ser confundida com os anos de actividade, uma vez que indivíduos mais novos terão menos anos de actividade.

Os achados do presente estudo poderão ser transponíveis aos restantes MF portugueses por conta de reflectir a tendência do aumento da prevalência da síndrome de *Burnout* encontrada em Portugal e na Europa, assim como de terem sido encontradas as mesmas associações a determinados factores de outros estudos em MF.^{7, 10, 17}

Contudo é necessário ponderar se os MF que participaram no estudo são diferentes dos restantes.

Algo que deverá ser tido em consideração é o método de recrutamento por via *online*, ou seja, um método mais impessoal que contribuiu para o baixo número de respostas, à semelhança de estudos com os mesmos moldes.¹⁰ Contudo no presente estudo a percentagem de respostas foi inferior, comparativamente aos estudos similares (tabela 7).^{7, 10, 17}

Perante esta situação é mandatório ponderar se os MF que responderam poderiam ter uma maior ou menor prevalência da síndrome de *Burnout* em relação aos que não responderam.

Por um lado, poderá ser possível que MF com síndrome de *Burnout* tenham uma maior propensão para responder a um questionário sobre o mesmo tema, sobrestimando a prevalência. Os indivíduos com síndrome de *Burnout* apresentam mais autoconsciência assim como os mais susceptíveis à síndrome são mais do “tipo emocional” do que do “tipo reflectivo”, ou seja, o indivíduo passaria a tomar comportamentos mais efectivos na resolução dos problemas como, por exemplo, a procura de ajuda, reflectida pela resposta ao questionário.⁵

Por outro lado, é também possível que MF sem síndrome de *Burnout* possam ter mais tempo disponível para responder ao questionário, subestimando a prevalência. Segundo Maslach, a síndrome de *Burnout* associa-se a comportamentos do tipo A, onde se inclui o estilo de vida com pressão de tempo e cinismo com atitude de indiferença para a própria exaustão, que por sua vez poderá conduzir a uma menor predisposição à resposta do questionário.⁵

O método de recrutamento por via *online* está associado a uma maior resposta ao questionário por parte de indivíduos mais jovens e do sexo masculino.¹⁹ Consequentemente, uma vez que a síndrome de *Burnout* é mais prevalente nos grupos mais jovens, a prevalência calculada neste estudo poderá ser maior do que a real prevalência da síndrome nos MF.¹⁸

É de considerar ainda a hipótese de que os MF do norte do país sejam diferentes demograficamente ou em outros aspectos em relação aos MF do centro, sul do país e regiões autónomas e que por isso dificulte a transposição dos resultados do presente estudo para todos os MF portugueses.

O presente estudo foi o maior realizado em MF portugueses até ao momento contando com uma grande amostra, tendo sido adoptado o mesmo questionário (MBI-HSS), validado para português europeu, aplicado em estudos similares, facilitando a comparação com os mesmos e avaliando com maior rigor a prevalência da síndrome de *Burnout*.

Dada a forma de recrutamento dos participantes, foi prevista uma taxa de resposta baixa e para a evitar enviou-se lembretes de forma a maximizar as respostas. Contudo a proporção de respostas foi inferior comparativamente a outros estudos. Deverão ser explorados métodos que possam maximizar o número de respostas, como por exemplo, o incentivo e comunicação de entidades competentes dos estudos em curso ou o estabelecimento de um grupo de estudo que invista em métodos de recrutamento mais pessoais.

No método utilizado não foi possível impedir que MF, que já teriam respondido ao questionário, respondessem novamente, portanto existe a possibilidade de duplicados. Para minimizar esta possibilidade o envio dos lembretes foi realizado em intervalos de tempo curtos.

Alguns dos MF não se encontravam na lista da SRNOM, contudo a própria SRNOM estimou que o número destas situações seja mínimo, pelo que se pressupõe que o impacto sobre o estudo seja nulo ou desprezível.

Por se tratar de um estudo transversal, não foi possível aferir a relação dos factores com o aumento relatado. Nota-se, portanto, a necessidade de um estudo longitudinal para averiguar e quantificar o impacto dos anteriores factores.

CONCLUSÕES

Em suma, a conjuntura actual portuguesa poderá ter conduzido a um aumento da prevalência da síndrome de *Burnout* nos MF em cerca de quatro vezes comparado ao estudo publicado em 2012. O método de recrutamento actual obteve uma baixa proporção de respostas, sendo necessário obter métodos mais eficientes. Uma vez confirmada a grande prevalência da síndrome, são necessários

estudos longitudinais que visem compreender a relação causa-efeito entre determinados factores e a síndrome.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Dr. Hugo Rodrigues, representante eleito pela Secção Regional Norte da Ordem dos Médicos, pela sistema de envio dos questionários via *online* e respectivo envio, assim como à própria Secção Regional Norte da Ordem dos Médicos por permitir o envio dos questionários.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. WONCA. The European definition of general practice / family medicine. WONCA EUROPE. 2011
2. Schultz K, Delva D, Kerr J. Emotional effects of continuity of care on family physicians and the therapeutic relationship. *Can Fam Physician* 2012, 58 (2):178-185
3. Woolhouse S, Brown JB, Thind A. Building through the trauma in a group of inner-city family physicians. *J Am Board Fam Med* 2012, 25 (6):840-846
4. Romani M, Ashkar K. Burnout among physicians. *Libyan Journal of Medicine* 2014, 9
5. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job Burnout. *Annual Review of Psychology* 2001, 52: 397-422
6. Marcelino G, Cerveira JM, Carvalho I, Costa JA, Lopes M, Calado NE, Marques-Vidal P. MBI-HSS Validity in Portuguese Medical Doctors. *Psychology of Burnout: New Research*. Nova Science Publishers, Inc 2013, (8): 121-135
7. Soler JK, Yaman H, Esteva M, Dobbs F, Asenova RS, Katić M, Ožvačić Z, Desgranges JP, Moreau A, Lionis C, Kotányi P, Carelli F, Nowak PR, Azeredo ZAS, Marklund E, Churchill D, Ungan M. Burnout in European family doctors: the EGPRN study. *Fam Pract* 2008, 25 (4): 245-265

8. Carlotto MS; Câmara SG. Propriedades Psicométricas Do Maslach Burnout Inventory Em Uma Amostra Multifuncional. *Estudos de Psicologia* 2007, 24 (3)
9. Maslach C, Jackson SE, Leiter, MP. *The Maslach Burnout Inventory* (3rd ed.) Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press 1996
10. Marcelino G, Cerveira JM, Carvalho I, Costa JA, Lopes M, Calado NE, Marques-Vidal P. Burnout Levels Among Portuguese Family Doctors: A Nationwide Survey. *BMJ Open* 2012, 2 (3)
11. Perelman J, Felix S, Santana R. The Great Recession In Portugal: Impact On Hospital Care Use. *Health Policy* 2015, 119 (3): 307-315
12. Costa FA, Pedro AR, Teixeira I, Bragança F, Silva JA, Cabrita J. Primary Non-Adherence In Portugal: Findings And Implication. *Int J Clin Pharm* 2015, 37 (4): 626-635
13. Karanikolos M, Mladovsky P, Cylus J, Thomson S, Basu S, Stuckler D, Mackenbach JP, McKee M. Financial Crisis, Austerity, And Health In Europe. *Lancet* 2013, 381 (9874): 1323–1331
14. Zivin K, Paczkowski M, Galea S. Economic downturns and population mental health: research findings, gaps, challenges and priorities. *Psychol Med* 2011, 41 (7): 1343–1348
15. Universidade De Coimbra. Estudo De Evolução Prospectiva De Médicos No Sistema Nacional De Saúde – Relatório Final. 2013
16. Portugal. Decreto-Lei n.º 266-D/2012, 31 de dezembro de 2012, Aumento Da Lista De Utentes Dos Médicos Especialistas De Medicina Geral E Familiar, *Diário da República*, 1.^a série, N.º 252, 31 de dezembro de 2012
17. Mata C, Machado S, Moutinho A, Alexandra D, Estudo PreSBurn: prevalência de síndrome de burnout nos profissionais dos cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar* 2016, 32(3)
18. Ernest W, Brewer LS, Employee Burnout: A Meta-Analysis of the Relationship Between Age or Years of Experience. *Human Resource Development Review* 2016, 3(2): 102-123
19. Schmidt WC, World-Wide Web Survey Research: Benefits, Potential Problems, and Solutions. *Behavior Research Methods, Instruments & Computers* 1997, 29(2): 274-279